FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N° —

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Par Joseph MAIRE

Né le 19 mars 1900 à Besançon (Doubs).

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

## TRAITEMENT PAR VOIE BASSE

*Président :* M. JEAN-LOUIS FAURE, *professeur.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1926

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**LE DOYEN** . . . . . **M. ROGER.**

## I. — PROFESSEURS

| | MM |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS. |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | H. ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | N. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | PRENANT. |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU |
| Thérapeutique | CARNOT. |
| Hygiène | Léon BERNARD |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | N... |
| Clinique médicale | GILBERT. |
| | BEZANÇON. |
| | ACHARD. |
| | WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET. |
| | HARTMANN. |
| | LEJARS. |
| | GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE. |
| | BRINDEAU. |
| | JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBRÉDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeur sans chaire | ROUVIERE. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| ABRAMI | Pathologie médicale. |
| ALGLAVE | Pathologie chirurgicale. |
| AUBERTIN | Pathologie médicale. |
| BASSET | Pathologie chirurgicale. |
| BAUDOUIN | Pathologie médicale. |
| BINET | Physiologie. |
| BLANCHETIÈRE | Chimie biologique. |
| BRANCA | Histologie. |
| BRULÉ | Pathologie médicale. |
| BUSQUET | Pharmacologie et matière médicale. |
| CADENAT | Pathologie chirurgicale. |
| CHAMPY | Histologie. |
| CHIRAY | Pathologie médicale. |
| CLERC | Pathologie médicale. |
| DEBRÉ | Hygiène. |
| I. de JONG | Anatomie pathologique. |
| DUVOIR | Médecine légale. |
| ECALLE | Obstétrique. |
| FIESSINGER | Pathologie médicale. |
| FOIX | Pathologie médicale. |
| GARNIER | Pathologie expérimentle |
| HARVIER | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER | Urologie. |

| MM. | |
|---|---|
| HOVELACQUE | Anatomie. |
| JOYEUX | Parasitologie. |
| LABBÉ (Henri) | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS | Pathologie chirurgicale. |
| LE LORIER | Obstétrique. |
| LEMAITRE | Oto-rhino-laryngologie. |
| LEMIERRE | Pathologie médicale. |
| LÉVY-SOLAL | Obstétrique. |
| LHERMITTE | Pathologie mentale. |
| LIAN | Pathologie médicale. |
| MATHIEU | Pathologie chirurgicale. |
| METZGER | Obstétrique. |
| MOCQUOT | Pathologie chirurgicale. |
| MONDOR | Pathologie chirurgicale. |
| MOURE | Pathologie chirurgicale. |
| MULON | Histologie. |
| PHILIBERT | Bactériologie. |
| RIBIERRE | Pathologie médicale. |
| RICHET Fils | Physiologie. |
| TANON | Pathologie médicale. |
| VAUDESCAL | Obstétrique. |
| VERNE | Histologie. |
| VILLARET | Pathologie médicale. |
| WELTER | Ophtalmologie. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM. | |
|---|---|
| GOUGEROT | Pathologie médicale. |
| GUENIOT | Obstétrique. |

| M. | |
|---|---|
| RETTERER | Histologie. |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### à titre permanent

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | Clinique chirurgicale. | LERI | Clinique médicale. |
| CHEVASSU | Clinique chirurgicale. | LŒPER | Clinique médicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE | Clinique médicale. | PROUST | Clinique chirurgicale. |
| LEREBOULLET | Clinique médicale infantile. | RATHERY. | Clinique médicale. |
| | | SCHWARTZ | Clinique chirurgicale |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT | Éducation physique. |
| LEDOUX-LEBARD | Radiologie clinique. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE

DE MON FRÈRE

Le Lieutenant GEORGES MAIRE

Mort au champ d'honneur

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A M. J. CHAUMET

Avec l'expression de ma respectueuse gratitude

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur ACHARD
Professeur de clinique médicale à l'hôpital Beaujon

M. le Dr DALCHÉ
Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu

M. le Professeur PIERRE DUVAL
Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale

M. le Dr FÉLIX RAMOND
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

M. le Professeur agrégé AUVRAY
Chirurgien de l'hôpital Laënnec

M. le Dr BOUFFE DE SAINT-BLAISE
Accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine

M. le Dr LESNÉ
Médecin de l'hôpital Trousseau

A M. le Dr DOUAY

*Il nous a prodigué ses précieux conseils. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.*

A M. le Dr M. LEROY

*En témoignage de nos vifs remerciements.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

*Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# FISTULES VÉSICO-VAGINALES

## TRAITEMENT PAR VOIE BASSE

---

## INTRODUCTION

La question de la cure opératoire des fistules vésico-vaginales, a fait l'objet de nombreux travaux au cours de ces dernières années. De nouvelles méthodes ont été employées pour obtenir de meilleurs résultats. Ces méthodes qui empruntent la voie haute présentent les dangers habituels des grandes opérations abdominales. Au contraire, les anciens procédés qui ont recours à la voie vaginale n'ont aucune espèce de gravité. Leur seul inconvénient est d'échouer quelquefois. Aussi le professeur J.-L. Faure nous conseille-t-il en présence d'une fistule vésico-vaginale de tenter d'abord la cure par la voie basse ; il sera toujours possible en cas d'échec, d'opérer ultérieurement par voie péritonéale.

Nous avons recherché à l'hôpital Broca les cas de fistules vésico-vaginales opérées par le professeur J.-L. Faure et ses élèves depuis cinq ans. Nous avons relevé des observations de malades qui toutes ont été opérées par voie vaginale, la voie abdominale n'a jamais été employée. Il faut en trouver la raison dans le fait que la guérison a été obtenue par voie basse et qu'il n'a pas été besoin de recourir à la seconde.

Dans cette thèse nous décrirons le procédé employé dans le service du professeur J.-L. Faure, à l'hôpital Broca pour la cure de ces fistules. Plus particulièrement nous nous attacherons à l'étude du procédé de suture qu'emploie depuis très longtemps le professeur J.-L. Faure, procédé qu'il tient de Verneuil et qui dérive de celui de l'école américaine du XIXe siècle. Après avoir subi diverses modifications ce procédé est parvenu jusqu'à nous et jouit encore de la faveur de quelques chirurgiens contemporains.

Nous étudierons avec la technique opératoire ce moyen de suture, qu'il nous suffise d'en donner dès maintenant un aperçu succinct. Il consiste à remplacer le simple nœud de fil de suture par un petit appareil que réalise l'ensemble formé par un bouton de nacre percé de deux trous et un petit tube de plomb. Tous deux sont traversés par les deux chefs du crin. Le bouton est maintenu sur les lèvres affrontées de la plaie par le tube de plomb que l'on écrase sur lui à l'aide d'une pince.

## DIFFÉRENTES VOIES OPÉRATOIRES

Pour fermer une fistule il faut l'atteindre, bien l'exposer, l'aviver en reséquant les bords cicatriciels de l'orifice, enfin mobiliser les tissus pour permettre le rapprochement des lèvres de la plaie et leur suture. Divers procédés ont été employés qui ont recherché la voie la plus commode pour réaliser au mieux ces conditions.

La voie vaginale est la plus ancienne. Bien qu'elle ait été combattue au cours de ces vingt dernières années et qu'elle soit souvent délaissée, elle n'en conserve pas moins de sérieux avantages. Nombreux sont les chirurgiens qui lui demeurent fidèles. Utilisant des voies naturelles, la cure de la fistule par voie basse reste une intervention inoffensive de l'avis même de ceux qui ont préconisé la voie abdominale comme une voie de choix.

Il existe deux méthodes : celle de l'avivement simple du bord de la fistule, qu'on réserve aux petites fistules en tissu souple et celle du dédoublement de la cloison vésico-vaginale, ce dédoublement ayant pour effet de faciliter le rapprochement des bords de l'orifice.

Des voies abdominales la première en date est la voie trans-péritonéo vésicale. Créée par Dittel et reprise par Forgue en 1904 elle comprend les temps suivants :

1° Laparatomie sous-ombilicale médiane ;

2° Incision large transversale du cul-de-sac vésico-utérin empiétant sur la face antérieure des ligaments larges ;

3° Décollement vésico-utérin et vésico-vaginal, l'utérus

étant attiré en haut et en arrière jusqu'à mise à nu de la fistule ;

4° Exposition large de la fistule. Isolement et mobilisation de ses deux orifices ;

5° Suture de chaque orifice ;

6° Fermeture du cul-de-sac vésico-utérin tapissant les deux sutures fistulaires et fermeture de l'abdomen.

C'est une méthode très délicate et que l'on emploie peu aujourd'hui. L'orifice est tout au fond du bassin, on le voit mal et le plus souvent il saigne. Lorsque l'utérus manque (fistule après hystérectomie totale), l'opération devient presque impraticable.

La voie transpéritonio-vésicale pratiquée par Legueu pour la première fois en 1912 se résume ainsi :

1° Laparotomie sous-ombilicale ;

2° Taille vésicale médiane postérieure longitudinale allant jusqu'au vagin et intéressant l'orifice fistuleux ;

3° Séparation de la vessie et du vagin au-dessus et au-dessous de la fistule ;

4° Fermeture isolée de la vessie puis du vagin ;

5° Péritonisation des moignons vésical et vaginal recouverts séparément d'un plan séreux.

Cette méthode a donné d'excellents résultats mais l'indication en reste circonscrite et ne peut-être généralisée à toutes les fistules vésico-vaginales. Elle est faite pour les fistules hautes siégeant au-dessus de la ligne interurétérale. Il est nécessaire d'autre part que l'orifice fistuleux soit médian, s'il est latéral, il peut y avoir danger de transformer une fistule vésico-vaginale en une fistule urétéro-vaginale. La distance entre les deux uretères n'étant que de trois centimètres, il ne faut pas s'écarter sous peine de les blesser.

Nous citerons pour mémoire la voie rétro-vésicale sous péritéonale de Bardenhauer et la voie ischio-rectale de Michaux.

Enfin la dernière voie d'accès abdominale sur la fistule est la voie transvésicale que Marion emploie volontiers. Elle est exposée dans la thèse de Viollet. Elle comprend :

1° Ouverture de la paroi abdominale ;

2° Ouverture de la vessie. Mise à nu de la fistule ;

3° Dissection des lèvres de la fistule ;

4° Fermeture du vagin ou fil de lin ;

5° Fermeture partielle de la vessie ;

6° Fermeture paroi abdominale.

Ce procédé a donné dans les mains de Marion de bons résultats. Cette voie évite le péritoine et les dangers d'infection péritonéale. Mais la tâche est rendue plus ardue du fait qu'on travaille souvent dans une vessie infectée et rétractée. Il faut une grande expérience de la chirurgie endovésicale avec une bonne instrumentation (écarteur, éclairage, etc.), pour mener à bien l'opération.

Cet ensemble de considérations sur la cure par voie abdominale nous montre que la chirurgie des fistules vésico-vaginales s'est considérablement perfectionnée dans ces dernières années. Les guérisons incontestables que nous avons pu relever viennent affirmer la valeur de ces méthodes. Il ne faut pas cependant que les progrès réalisés fassent oublier les avantages des vieux procédés qui eux aussi guérissent, avec moins d'élégance peut-être, mais également avec moins de risques pour la malade.

# HISTORIQUE

La cure des fistules vésico-vaginales par voie basse a donné lieu au siècle dernier à de nombreux procédés opératoires.

Les malades atteints de cette affection ne recevaient que des soins palliatifs jusqu'en 1834 époque où Jobert de Lamballe tenta la cure en faisant l'autoplastie vaginale par glissement. Après avivement des bords de la plaie il plaçait ses sutures à un centimètre de distance les unes des autres, coupait un chef du fil près du nœud et laissait pendre l'autre dans le vagin (ce chef lui servait de conducteur pour arriver sur le nœud et le couper ce qu'il faisait le onzième jour).

Mettauer obtint également quelques succès dans la cure de ces fistules, par la même méthode avec cette différence cependant qu'il remplaçait les fils végétaux par des fils de plomb dont il tordait les deux chefs jusqu'à affrontement des bords de la plaie.

On ne saurait nier que Jobert obtint quelques résultats excellents, mais c'est surtout à l'école américaine dont les trois fondateurs furent Hayward, Marion Sims et Bozeman, que la technique opératoire des fistules vésico-vaginales doit d'avoir fait de sérieux progrès.

En 1839 Hayward de Boston rapporte l'observation d'une malade opérée d'une fistule vésico-vaginale et chez laquelle il pratiqua la séparation des muqueuses vésicale et vaginale pour augmenter les chances de réunion en opposant une plus large surface d'affrontement. La vessie ne fut

pas suturée. Hayward, d'ailleurs, fait une loi de toujours laisser celle-ci en dehors de la suture. En outre, il substitue aux gros fils doubles des fils très fins tels que la soie de dentiste.

Les recherches opiniâtres de Marion Sims, qui peut être considéré comme le chef de l'école américaine, aboutirent à ce résultat à savoir que bien avant l'ère aseptique le problème technique se trouvait déjà résolu dans ses points essentiels et qu'en somme les perfectionnements de la période contemporaine n'en ont point touché les principes fondamentaux qui sont le soin de l'avivement et la perfection de l'affrontement et de la suture.

Marion Sims apporte deux innovations à la suture de la fistule. Aux fils de soie qui ont tendance à couper la muqueuse vaginale il substitue des fils d'argent ayant tout au plus le volume d'un crin de cheval. Il y a là un progrès matériel important surtout à l'époque, le fil plein, imperméable, lisse et propre s'infectant moins facilement que le fil de soie pénétrable par les liquides.

Pour opérer la striction de ces fils et maintenir un bon affrontement des lèvres avivées M. Sims opérait ainsi : il se servait d'une pince à verrou coudée qui saisissait les deux chefs du fil tandis qu'il les engageait dans la rainure d'une spatule ou fulcrum poussée avec la main gauche le long des fils au contact de la muqueuse. Il tordait alors les fils en faisant exécuter à la pince des mouvements de rotation sur son axe. Ce procédé de suture par torsion est encore employé quelquefois aujourd'hui.

Bozeman, élève de M. Sims, complète l'opération en rendant toutes les autres solidaires les unes des autres immobilisant ainsi la région opérée. Il pratiquait la cure de la manière suivante :

La malade était placée sur les coudes et les genoux, le bassin élevé. La paroi postérieure du vagin était refoulée

en arrière par un spéculum en forme de gouttière profonde auquel il substitua plus tard un spéculum trivalve.

A l'aide d'une pince à dents de souris il procédait à l'avivement qui n'atteignait pas la muqueuse vésicale suivant les principes de Sims. Par contre, il enlevait dix millimètres et plus autour de l'orifice vaginal de la fistule.

Pour placer ses fils Bozeman employait l'aiguille courbe ordinaire, mais il ne passait pas directement les fils métalliques : chaque aiguille était armée d'un fil de soie double dont l'anse laissée à l'extérieur devait recevoir le fil d'argent et l'entraîner à son tour. L'opérateur plongeait l'aiguille montée à 5 millimètres du bord de la surface avivée, la poussait obliquement de manière à la faire sortir près de la muqueuse vésicale sans y toucher et faisait traverser l'autre lèvre en sens inverse. Le petit crochet déjà employé pour l'avivement sert encore ici pour traverser la cloison vaginale au point qui doit être perforé par l'aiguille.

Un certain nombre de fils de soie étaient ainsi placées à 4 ou 5 millimètres de distance en prenant soin qu'ils soient bien à égale distance du bord de la plaie et les uns des autres afin que les efforts de traction soient répartis, ce qui est une des conditions d'une bonne suture. A mesure que chaque fil de soie était passé les deux chefs en étaient confiés à un aide et quand tous étaient en place on engageait dans les anses les fils métalliques qui étaient entraînés les uns après les autres dans les tissus.

Pour rapprocher et ajuster les bords de la plaie, Bozeman utilisait un instrument de son invention appelé ajusteur de la suture. C'était une longue tige d'acier surmontée d'un petit disque et percé d'un trou à son centre. Dans ce trou il engage les deux chefs du fil et pendant qu'il les tend de la main gauche il fait glisser le disque jusque sur la plaie de façon à obtenir l'affrontement exact et à imprimer aux fils la forme d'un anneau qu'il suffit de serrer.

Avant l'opération il avait pris soin de préparer une plaque de plomb de 1 millimètre d'épaisseur taillée à peu près suivant l'étendue et la forme que devait prendre la plaie affrontée et légèrement déprimée au centre pour ne pas presser sur les lèvres de la plaie.

A ce moment de l'opération il perce avec un poinçon autant de trous qu'il y a de sutures. Par chaque trou il fait passer les deux chefs de chaque anse et pousse la plaque jusqu'au contact de la paroi vaginale sur laquelle il l'ajuste à l'aide d'un petit crochet spécial ; l'ajusteur. Il fait alors couler sur les fils des anneaux de plomb, les pousse jusqu'à la plaque et les écrase avec un davier. L'opération est terminée. Le 10e jour il retire les fils : avec de longs ciseaux courbes il coupe les fils au delà de l'anneau de plomb. La plaque de plomb est alors facilement retirée.

Actuellement cette technique opératoire peut paraître désuète, elle est assez compliquée, peu rapide et nécessite l'emploi d'instruments inutilisés de nos jours. Son principe cependant a subsisté et à été jugé digne d'être conservé par les disciples de l'école américaine.

Duboué (de Pau) en 1864 dans un mémoire à la Société de chirurgie en exposant sa méthode par le dédoublement pour la cure des fistules vésico-vaginales ne renonce pas à soutenir la suture par un corps interposé entre la muqueuse et le fil métallique mais il supprime la plaque de plomb de Bozeman capable de déterminer des ulcérations sur ses bords.

Il fait suivre aux fils un trajet courbe dans l'épaisseur des tissus en ayant soin de traverser les lambeaux à l'angle de réunion qu'ils forment avec les tissus avivés sous-jacents et de faire correspondre les points d'entrée et de sortie des fils métalliques à quelques millimètres au delà de la base du lambeau.

Pour fixer la suture il se sert de petits boutons en buis

de forme semi-ovoïde ou hémisphérique et pourvus chacun de deux trous allant de leur surface plane à leur surface convexe.

Les fils sont tordus deux à deux sur chaque bouton et successivement des deux côtés de la suture. On voit par là que les lambeaux font un relief considérable du côté de la cavité vaginale.

Cette forme arrondie des boutons a pour unique but d'éviter la pression exagérée qu'exerceraient des boutons plats par exemple, la circonférence de ces derniers agirait sur les tissus tiraillés à la façon d'une arête tranchante.

Daprès Duboué cette méthode n'expose pas à la mortification des tissus comme celles de Gerdy et de Colles qui se servaient de bouts de sonde en gomme élastique ou en caoutchouc. Elle permet en outre de laisser en place les fils jusqu'à solide agglutination des surfaces adhérentes ; l'auteur n'enlève les fils que vers le 15e ou 20e jour. Il peut rapprocher par ce procédé les tissus au degré nécessaire sans crainte de gêner la circulation dans les lambeaux.

L'inconvénient qui pourrait résulter de la présence de ces boutons, c'est qu'elle peut causer des ulcérations plus ou moins profondes que l'on trouve à la place occupée par ces corps étrangers. Duboué cependant rapporte un cas où il a pu les maintenir durant quatre semaines chez une malade qui subissait sa quatrième opération. Il donne à l'appui de sa méthode que si une prompte et solide adhérence s'établit entre les deux lambeaux accolés il n'y a pas de raison pour que ces ulcérations s'étendent. Mais si une forte pression vient s'exercer sur les parois vaginales la courbure des fils tend à se redresser et ceux-ci couperont les lambeaux de la base au sommet, les boutons se porteront donc de plus en plus vers les sommets des lambeaux c'est-à-dire du côté de la cavité vaginale. Et dans cette dernière position ces derniers agiraient encore d'une manière efficace

sur les sommets des lambeaux adossés et on pourrait compter encore sur quelques chances de succès.

Duboué dans son mémoire relate plusieurs cas opérés avec succès par sa méthode.

Verneuil, qui dans ses mémoires consacre une étude détaillée à l'étude de la cure des fistules vésico-vaginales s'intéresse à la méthode américaine. Il se conforme d'abord strictement à cette technique qu'il fait sienne et préconise l'opération telle qu'il l'avait vu pratiquer par Bozeman qui était venu à Paris opérer en 1858.

Cependant, peu à peu, tout en restant fidèle aux principes de cette école, il apporte dans la technique opératoire des modifications notamment en ce qui concerne l'emploi de la plaque de plomb.

Nous trouvons dans ses mémoires l'observation d'une femme opérée par lui pour une fistule vésico-vaginale suivant le procédé américain. Chez cette malade la plaque de plomb trop longue et trop peu courbée peut-être avait déterminé, à la suite d'une pression assez forte sur l'extrémité de la surface avivée une petite ulcération à ce niveau qui donnait passage à l'urine.

L'amélioration d'abord obtenue n'existait plus quand le malade vint à nouveau trouver Verneuil. La plaque de plomb avait donc contribué à l'insuccès de la première intervention. Aussi tentant la cure pour la seconde fois, il essaie de pallier à cet inconvénient et il supprime la plaque la remplaçant par cinq petites plaques isolées qui chacune soutiennent un point de suture.

On se prive assurément ainsi d'un des avantages que Bozeman attribuait à sa plaque de plomb, qui était l'immobilité de la plaie et la solidarité de l'ensemble des sutures. Mais on évite en revanche le grave inconvénient d'ulcérer la paroi vaginale à la limite de la plaque, ce qui avait déjà incité Duboué à employer des boutons de buis.

Par ailleurs, cette modification de la technique primitive, simplifie l'opération, Bozeman en effet perforait au moment même où il allait suturer la plaque avec un poinçon, l'adaptation de celle-ci était assez délicate. Verneuil supprime ce temps opératoire en ajustant des plaques isolées percées à l'avance des deux trous où s'engageaient les chefs de fil.

Mentionnons une variation légère de cette technique. Nous trouvons dans un rapport de Verneuil de 1860 à l'Académie de Médecine, sur 2 cas de fistules vésico-vaginales opérées et guéries par les procédés américains.

« Je conserve, écrit-il, une modification au procédé de Bozeman, que je n'ai vue signalée nulle part ailleurs et qui consiste à placer l'un sur l'autre deux des petits crochets de plomb qui servent à maintenir serrés les chefs de l'anse métallique. Cette précaution qui laisse au-dessus de la plaque une plus grande longueur de fil facilite l'ablation.

Mais Verneuil ne s'arrête pas à cette technique et dans une leçon clinique recueillie par Pozzi nous trouvons la description de la suture employée par la cure des fistules vésico-vaginales. C'est à peu de chose près celle employée aujourd'hui encore à la clinique Gynécologique de la Faculté par le professeur J.-L. Faure : suture avec fils d'argent dont les chefs sont passés dans les deux yeux d'un petit bouton de nacre et sur qui on écrase un coulant de plomb avec une pince.

Enfin, pour terminer l'historique de cette suture particulière nous signalerons la technique de Le Fort. Il emploie un tube de plomb analogue aux tubes de Galli pour la division palatine, mais ce tube est plein et percé de deux trous. Attenant à une extrémité est un disque qui répond aux lèvres de la plaie.

Le fil introduit dans les deux trous est arrêté, par simple torsion et pour les enlever il suffit de les sectionner à ce niveau.

## DIAGNOSTIC DE LA FISTULE

Le diagnostic des fistules vésico-vaginales est en général assez facile. L'examen au spéculum permet de voir l'endroit du vagin d'où sort l'urine. Il permet de préciser le siège de cette fistule, si elle est médiane ou latérale, profonde ou voisine du col vésical. On peut apprécier en outre les dimensions de l'orifice.

Il est très important de reconnaître si l'utérus existe, s'il est mobile et s'il est facilement abaissable. Dans ce cas, l'opération par la voie vaginale sera facilitée, l'extériorisation sera possible.

Si l'utérus est enlevé, il est utile de se rendre compte de la souplesse et de la mobilité des tissus. Le toucher vaginal donnera des renseignements à ce sujet. Un autre moyen d'appréciation sera d'introduire une sonde dans la vessie et de soulever avec le bec de celle-ci la région de la fistule. On verra ainsi si la région est facile à abaisser vers la vulve.

Le diagnostic est parfois plus délicat lorsqu'on se trouve en présence d'une fistule de petite dimension. Dans ce cas la vessie n'est pas vide et il y a lieu de se demander si l'urine vient de la vessie ou de l'uretère. Les deux lésions peuvent du reste coexister.

Dans le doute, on pourra pratiquer dans la vessie une injection colorée. On vide celle-ci à la sonde on injecte 10 centimètres cubes d'une solution à 1/100 de bleu de méthylène et on surveille au spéculum le fond du vagin ou plus simplement on y place un tampon d'ouate hydrophile

Si le bleu apparaît dans le vagin le diagnostic de fistule vésico-vaginale sera établi.

Si l'on craint des lésions associées le cathétérisme des urètres et la cystoscopie en montrant l'absence d'éjaculation urétérale et l'arrêt de la sonde urétérale à quelques centimètres de la vessie lèveront tous les doutes sur l'existence d'une fistule urétérale.

La fistule urétro-vaginale est facile à reconnaître l'urine ne passe qu'au moment des mictions et il suffit d'introduire un cathéter dans l'urètre pour l'avoir entièrement sous les yeux.

## GUÉRISON SPONTANÉE

La guérison spontanée des fistules vésico-vaginales est assez rare. Elle dépend du siège et du diamètre de la fistule. Seules les petites fistules dont l'orifice ne dépasse pas quelques millimètres de diamètres peuvent s'oblitérer spontanément par cicatrisation secondaire. Après un mois environ les bords de la fistule sont épidermisés et leur guérison spontanée n'est plus possible.

Le passage continu de l'urine dans une plaie en voie de réparation du réservoir vésical a pour effet d'empêcher l'accolement des lèvres de cette plaie. Il y a donc intérêt à empêcher ce passage. Aussi est-il bon lorsqu'on a constaté une perforation vésicale de placer une sonde à demeure pendant le temps probable de la réparation.

Malheureusement la sonde à demeure entraîne des inconvénients. L'infection vésicale est bien difficile à éviter malgré tous les soins de propreté que l'on peut prendre. L'incrustation calcaire et l'oblitération de la sonde sont également à redouter.

Voici la manière dont on procède à l'hôpital Broca : chaque jour on fait un lavage sous faible pression sans distendre la vessie. On instille 5 à 10 centimètres cubes d'huile goménolée. La sonde est changée tous les quatre jours. Lorsque la malade commence à se lever on retire la sonde.

Le siège de la fistule a une importance au point de vue de la guérison spontanée. Si la fistule est très profonde, dans le vagin, l'urine s'écoule dans le décubitus dorsal, mais lors-

que la malade se lève elle ne coule plus et la vessie se remplit partiellement.

Dans ce cas, il est préférable de faire lever les malades en leur demandant d'uriner souvent pour vider le réservoir vésical. On met ainsi au repos la fistule et on facilite l'accolement des bords de l'orifice.

Le phénomène inverse se produit lorsque la fistule siège près du trigone vésical non loin du col de la vessie : si la malade est couchée, tête basse, la vessie se remplit et il n'y a pas de perte d'urine, mais dès qu'elle se trouve dans la position debout, la malade se sent mouillée. Mieux vaut donc dans cette hypothèse faire garder le plus possible la position horizontale.

Quand doit-on opérer?

En général deux ou trois mois après le début des symptômes de fistule vésicale. Il y a avantage à attendre quelques mois, la fistule peut se guérir spontanément. Elle peut diminuer de diamètre. Les tissus tendent à s'assouplir, les phénomènes inflammatoires et l'œdème disparaissent l'état général s'améliore.

Il ne faut pas non plus attendre trop longtemps, deux écueils sont à éviter, ce sont :

*a*) L'irritation vulvo-vaginale par le contact permanent de l'urine ;

*b*) L'infection vésicale qui est toujours à craindre avec ses conséquences fâcheuses ; la formation de calculs vésicaux et l'infection ascendante.

Soins à donner pendant la période d'attente :

1° Il sera bon de donner des médicaments qui agissent sur la septicité urinaire (urotropine, uraseptine, uroformine, etc.), des tisanes diurétique ;

2° Le vagin et la vulve doivent être tenus dans un bon état de propreté, injections vaginales, applications de

pommade au collargol. Pour empêcher l'irritation vulvaire on se sert dans le service de la pâte suivante :

| | |
|---|---|
| Ichtyol . . . . . | 10 gr. |
| Oxyde de zinc. . . . . | 20 — |
| Vaseline . . . . . | |
| Lanoline. . . . . | 50 — |

3° Il faut veiller à la propreté de la vessie. Si les urines sont troubles ou si elles décèlent une odeur ammoniacale on fera un lavage et on instillera du nitrate d'argent ou de l'huile goménolée.

## SOINS PRÉPARATOIRES

Doit-on purger la malade? Actuellement on a tendance à supprimer les purgations. A l'hôpital Broca on ne purge pas avant les opérations. Cependant dans les opérations sur le périnée et par voie vaginale on garde les anciennes habitudes : la veille au matin on administre une purgation et la veille au soir un lavement.

Le jour de l'opération, la vulve est rasée et nettoyée. Doit-on ioder le vagin et la vulve avant l'opération? L'inconvénient est l'irritation produite par l'iode, le professeur J.-L. Faure se contente de passer un peu d'alcool ou d'un simple lavage au bock. M. Douay passe de l'iode dédoublée qu'il enlève ensuite par de l'alcool.

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La malade est placée en position gynécologique.

S'il s'agit d'une fistule de petites dimensions le professeur Faure emploie la *méthode de l'avivement.*

Premier Temps. Découverte et abaissement de la fistule.

On se sert de valves ordinaires postérieure et latérales que l'on confie à des aides et dont on peut faire changer la position suivant les besoins.

On abaisse en tirant sur le col utérin en bas et en arrière de façon à se présenter la paroi vaginale antérieure.

Si la fistule ne se présente pas encore convenablement on saisit la paroi vaginale de chaque côté par des pinces.

On peut quelquefois abaisser la fistule et tendre la région à opérer en introduisant dans la vessie par l'urètre un instrument, une pince dont les deux branches légèrement entr'ouvertes appuient sur le bas fond vésical.

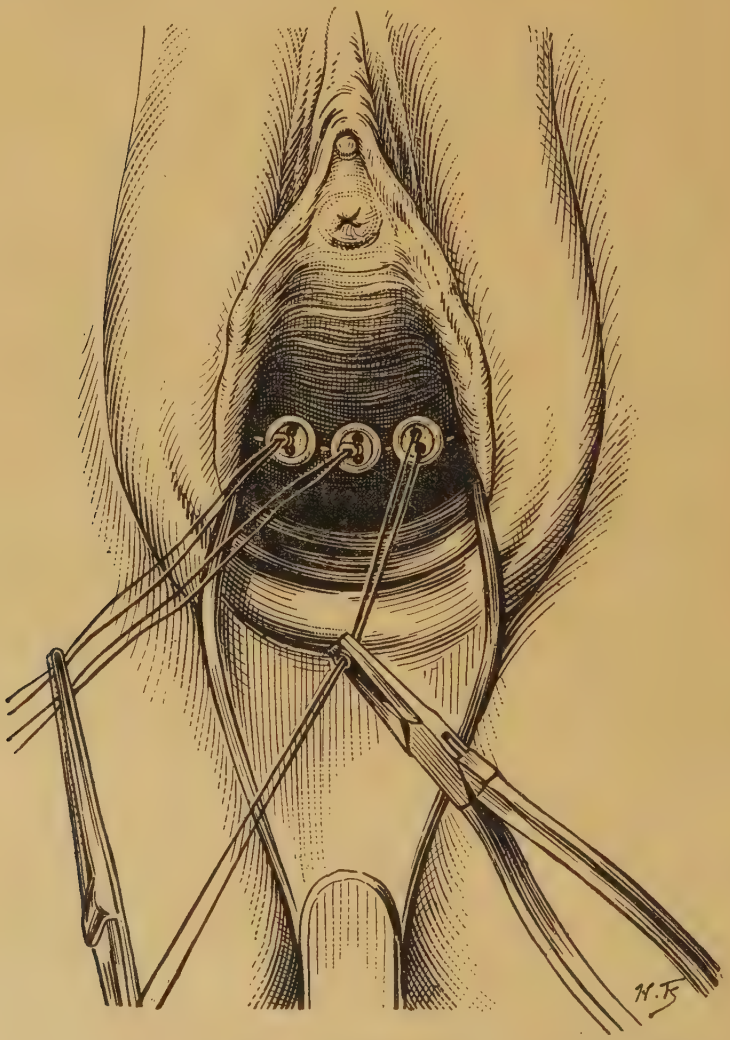
2e Temps. Avivement.

A l'aide d'un bistouri on incise autour de la fistule une collerette annulaire de tissu cicatriciel sans toucher à la muqueuse vésicale. On circonscrit la fistule à 5 millimètres de son bord libre par une incision circulaire puis on détache de proche en proche vers le centre le petit segment vaginal, en enlevant tout le tissu cicatriciel jusqu'à la muqueuse vésicale.

3e Temps. Suture.

Pour passer les fils on se sert d'une aiguille à pédale de préférence aux fils d'argent, le professeur J.-L. Faure

emploie des crins de Florence assez fins aussi solides que les premiers et plus souples.



On perfore à l'aide de l'aiguille, la muqueuse vaginale à 5 millimètres environ des bords avivés. Il faut prendre beaucoup de paroi vaginale et arriver à sortir en prenant très peu de muqueuse vésicale. Les points ainsi réalisés sont

au minimum perforants et ne font dans la vessie qu'un trajet très court.

Le fil étant placé, le professeur J.-L. Faure emploie pour le fixer le procédé suivant :

Il y a à sa disposition des petits boutons de porcelaine d'environ 5 millimètres de diamètre et de 1 millimètre d'épaisseur. Ces boutons sont percés de deux trous. C'est en somme les petits boutons que l'on trouve dans le commerce chez tous les merciers.

Il passe chaque chef du fil dans un des deux trous de ce bouton. Puis les deux chefs du fil sont passés dans un plomb de Galli.

Le bouton est poussé jusque sur la paroi du vagin de façon que les bords de la plaie viennent au contact l'un de l'autre. Il suffit de fixer le bouton dans cette position en écrasant sur lui à l'aide d'une pince assez forte de plomb de Galli.

Dans le procédé par avivement la fistule étant petite un seul bouton suffit ordinairement.

1° *Avantages de ce procédé de suture.* — L'avantage de cette suture ne réside pas seulement dans la simplicité de son emploi mais surtout de son ablation. On aperçoit la suture au fond du vagin, on évite donc l'inconvénient d'avoir à chercher les fils de suture. Ceux-ci ont en effet très souvent enfoncés au milieu de tissus œdematiés et on court le risque de léser la muqueuse vaginale ou de désunir la suture lors de l'ablation des fils.

Pour retirer ceux-ci on coupera avec les ciseaux un des chefs du fil entre le bouton et le plomb de Galli. Il suffira de tirer sur l'autre chef pour enlever la totalité de l'appareil.

2° *Méthode du dédoublement.* — Lorsqu'il s'agit de fistules assez grandes, dont la dimension est celle d'une pièce de

cinquante centimes, le professeur J.-L. Faure emploie la méthode du dédoublement, celle de l'avivement simple n'étant plus capable de rapprocher les bords. Il faut pour cela passer dans la zone décollable entre vessie et vagin, pratiquer la suture vésicale et par-dessus celle du vagin. En pratique la suture de la vessie est souvent irréalisable, la paroi est friable, les fils coupent et peuvent donner lieu à une hémorragie.

Dans un premier temps, la fistule ayant été découverte et exposée on a fait autour de la fistule une incision circulaire avec deux débridements latéraux. L'incision sera faite horizontale ce qui facilitera la suture. Puis au bistouri on décolle les parois vésicale et vaginale de façon à avoir un lambeau supérieur et un lambeau inférieur.

A ce moment, c'est la vessie qui forme le fond de la plaie avec son orifice fistuleux. On voit alors si on peut y placer un ou deux points de suture, selon la friabilité de la paroi. En général le professeur J.-L. Faure ne suture pas la paroi vésicale; le rapprochement des lambeaux est suffisant pour que l'orifice vésical s'oblitère de lui-même.

*Sutures.* — Pour suturer la paroi vaginale on usera de la même méthode par les boutons et les plombs. On peut suturer soit par la tranche, soit par les surfaces avivées que l'on adosse l'une à l'autre. Dans ce cas on fera une suture en U où le bouton trouvera encore son emploi, et au sommet de l'angle formé par les lambeaux adossés on placera un ou deux point au catgut.

*Soins post-opératoires.* — On place une mèche vaginale tenue par un bandage en T et une sonde à demeure dans la vessie. L'opérée est placée de préférence dans le décubitus ventral afin d'éviter, autant que possible, le contact de l'urine avec la région de la fistule.

On administre une pilule de 5 centigrammes d'extrait d'opium afin de constiper la malade pendant les premiers jours.

La sonde vésicale est changée tous les quatre jours. On procède à l'ablation des fils de la suture aux environs du 15e jour.

## OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme Sal... Opération pour fistule vésico-vaginale le 28 juin 1921, par le professeur J.-L. Faure.

La malade présente au niveau de la partie latérale gauche de la cicatrice vaginale une fistule d'environ 10 millimètres de diamètre à bord inférieur mince s'engageant derrière le bord supérieur épais formant ainsi un véritable clapet qui, dans la position debout, empêche l'urine de s'écouler. Dans la position couchée, la vessie se vide complètement par l'orifice fistuleux.

La cure est tentée par voie vaginale.

Dissection d'une collerette autour de l'orifice.

Les lambeaux vaginaux sont rapprochés et suturés à points séparés au catgut et crins de Florence.

Ces crins sont tenus par des boutons de nacre et des plombs.

Pose d'une mèche vaginale et d'une sonde à demeure.

Suites favorables. La sonde est changée le 2 et le 4 juillet.

Les fils sont enlevés au 10e jour. Température axillaire entre 36 et 37°.

L'opérée sort le 23 juillet complètement cicatrisée.

Obs. II. — Mme Ma... Entrée à l'hôpital Broca le 24 août 1922 pour fistule vésico-vaginale post-puerpérale siégeant à la partie moyenne de la paroi vaginale antérieure. La dimension de la fistule est d'environ une pièce de un franc.

Opération le 7 septembre 1922.

On dédouble les parois vésicale et vaginale. On suture la paroi vésicale au catgut.

La paroi vaginale est suturée au fil de lin.

Pose d'une mèche vaginale et d'une sonde à demeure.

Le 13 septembre, une partie des sutures lâche.

La température monte à 39°, le 13 et à 39°,6 le 14. Le 15 elle descend à 36°,6, simultanément se produit une hémorragie vésicale et vaginale.

Le 16 les fils sont retirés.

L'intervention n'a donné qu'un résultat partiel.

Un examen pratiqué le 18 octobre décèle encore une fistule, de dimensions moindres toutefois.

Une cystoscopie est faite qui donne les détails suivants :

La malade étant en déclive on arrive à injecter 60 centimètres cubes d'eau avant que cette eau ne passe pas l'orifice fistuleux.

La paroi vésicale est rouge, saignant facilement avec zones blanchâtres indiquant un léger degré de cystite.

Du côté vaginal l'orifice siège à 4 centimètres de l'orifice vulvaire et à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane environ. Cet orifice admet une sonde n° 24 qui ne le comble pas entièrement. Il ne semble pas exister d'autre trajet fistuleux plus près du col (après injection de la vessie au bleu de méthylène).

Deuxième opération (le 7 novembre 1922) anesthésie générale.

Incision circulaire avec débridement latéral.

On dédouble les parois et on fixe par des crins prenant la muqueuse vaginale et superficiellement la muqueuse vésicale. Ces crins sont serrés par des boutons de nacre et des tubes de Galli. Mèche vaginale et sonde à demeure.

Les suites sont bonnes jusqu'au 9e jour sauf le lendemain de l'opération où la température atteint 39°.

Le 9 on relève la mèche et on change la sonde.

A ce moment il se produit une hémorragie vaginale. On fait une injection d'adrénaline. Les fils sont retirés et on lave la vessie qui contient des caillots de sang. Une partie des sutures lâche.

Jusqu'au 22e jour, la malade reste dans le décubitus ventral avec une sonde à demeure.

La malade est sortie guérie de l'hôpital.

Obs. III. — Mme Lesn..., 47 ans. A la suite d'une hystérectomie vaginale pour utérus saignant et col suspect présente une fistule vésico-vaginale.

Opération le 27 novembre 1923 par le Dr Faure.

La fistule est difficile à étaler, le point d'appui du col manquant par suite de l'hystérectomie.

On dédouble les parois de la fistule qui sont granuleuses et même bourgeonnantes.

Suture transversale de la portion vaginale de la paroi partie aux catguts et partie aux crins.

Deux crins médians sont posés par le procédé de boutons. Mèche vaginale. Sonde à demeure changée chaque jour pendant quinze jours.

L'opérée est placée dans le décubitus ventral.

Le professeur J.-L. Faure revoit la malade le 12 décembre. Les sutures tiennent.

La vessie contient 60 centimètres cubes.

Ablation de la sonde.

Le 22 l'opérée sort de l'hôpital cicatrisée et en excellent état.

Obs. IV. — Mme Gr... La malade entre le 3 mai 1924 à l'hôpital Broca.

Opération de Wertheim le 1er décembre 1925.

Treize jours après fistule vésico-vaginale par nécrose.

Le 8 mai on procède à un examen cystoscopique dont voici le résultat :

Aucune capacité vésicale. La malade ne garde pas une goutte d'urine, le liquide injecté ressort intégralement par le vagin.

On explore le col vésical qui est rouge, fortement vascularisé, mais on ne peut explorer la vessie qui paraît rétractée et l'appareil ne parvient pas à dépasser l'orifice cicatriciel. Les uretères ne sont pas

répérés. L'hystéromètre introduit par l'urètre ressort facilement après redressement par l'orifice vaginal où l'on retrouve la fistule très médiane et répondant à la partie la plus éloignée du bas fond vésical.

Opération le 3 juin par le professeur J.-L. Faure.

Anesthésie générale (mélange de Schleich).

La fistule est découverte au sommet du dome vaginal. Elle a 1 centimètre de diamètre environ. On passe facilement l'hystéromètre de l'urètre dans la fistule.

Incision circulaire avec débridement latéral. On décolle la muqueuse vaginale en avant et en arrière. Aucune suture sur l'orifice vésical dont les bords sont friables et saignants.

La paroi vaginale est suturée par quatre points avec le procédé des tubes de Galli et des boutons de nacre.

Pose d'une mèche vaginale et d'une sonde à demeure vésicale.

L'opérée est placée dans le décubitus ventral les deux premiers jours, puis sur le dos. A ce moment on note un léger écoulement d'urine. A nouveau on la fait reposer sur le ventre.

La mèche est retirée et la sonde changée.

La température reste normale.

Le 16 on enlève les fils.

La sonde vésicale est changée tous les trois jours jusqu'à la sortie de l'hôpital le 2 juillet.

Actuellement la malade n'accuse aucune perte d'urine par le vagin et son état général est très satisfaisant.

Obs. V. — Mme Sch..., 59 ans, deux enfants à l'âge de 30 ans.

Prolapsus général à l'âge de 43 ans.

Porte un pessaire depuis dix ans.

Il y a trois semaines elle présente les symptômes de fistule recto vaginale. On retire le pessaire.

Entrée à l'hôpital le 9 octobre 1924, la malade est opérée le 4 novembre par le professeur J.-L. Faure.

On dédouble les bords de la fistule et on suture.

Du côté rectal on fait des points séparés au catgut.

Du côté vaginal on suture aux crins de Florence arrêtés par des boutons et des tubes de Galli.

On termine par la pose d'une mèche vaginale et d'un drain dans le rectum.

Les suites opératoires sont bonnes. La température reste normale.

Le 10 on enlève la mèche et le drain.

Le 13 l'opérée a une selle. On lui administre de l'opium.

Le 18 nouvelle selle spontanée.

Les fils sont enlevés le 19 par le professeur J.-L. Faure.

Il persiste encore cependant un très petit orifice à droite.

La malade a été revue le 4 février 1925. Elle ne perdait plus de matières par le vagin.

Actuellement l'amélioration s'est maintenue. La fistule est tarie complètement.

Obs. VI. — Mlle Koz... Entrée le 19 novembre 1924 à l'hôpital Broca pour fistule vésico-vaginale, opérée déjà à plusieurs reprises. Les détails manquent sur les précédentes interventions.

Le 13 novembre opération par M. Michon. Rachianesthésie.

Débridement, séparation des parois vésicale et vaginale.

La vessie n'est pas suturée.

La paroi vaginale est suturée par la méthode des boutons et des plombs de Galli.

Les suites opératoires sont favorables. Pas de température ni perte d'urine.

Une sonde à demeure est changée le 16, puis le 24.

Le 2 décembre, la malade sort de l'hôpital n'accusant aucun trouble et complètement cicatrisée.

Obs. VII. — Mme Th..., 42 ans. Opérée le 8 mars 1924 pour fistule vésico-vaginale consécutive.

Première opération (11 novembre 1924) rachianesthésie. Opération par le professeur J.-L. Faure.

La fistule est haut située au fond du vagin et difficile à atteindre.

L'absence de col ne permet pas de l'abaisser.

Débridement. Décollement et séparation des muqueuses.

Quelques points au catgut sont posés sur la vessie.

Fermeture de la paroi vaginale aux crins de Florence par le procédé des boutons.

Mèche vaginale. Sonde à demeure vésicale.

Douze jours après, perte d'urines.

L'examen pratiqué le 18 février 1925 montre encore une petite fistule.

Deuxième opération (3 mars 1925) professeur J.-L. Faure.

Au spéculum on constate que la grosse fistule s'est transformée en deux petites.

On dédouble chaque fistule.

Le plan vésical n'est pas suturé.

Suture transversale du plan vaginal à l'aide de crins de Florence passés dans les trous d'un bouton de nacre serrés par des tubes de Galli.

Suites opératoires bonnes. Pas de température.

Le 18 on retire les fils. Le 27 la sonde.

La guérison n'est cependant pas complète Il reste deux petits orifices des dimensions d'un grain de café et d'un grain de blé séparés par un pont de tissu cicatriciel.

Troisième opération le 5 mai 1925 par M. Douay

Anesthésie rachidienne.

Résection large du tissu cicatriciel vaginal.

On fait un dédoublement très étendu en avant et en arrière. Les deux petits orifices sont avivés en enlevant le tissu cicatriciel intermédiaire.

La vessie est de cette façon assez largement ouverte.

Suture assez facile de la vessie par un surjet au fil catgut chromé. Rapprochement des lambeaux du vagin par deux points en U serrés chacun sur deux boutons.

Suture sur la tranche par quatre crins serrés sur quatre boutons
Le résultat obtenu paraît être très satisfaisant.

Suites : La malade accepte le décubitus ventral pendant trois jours. Le 10e ablation des fils. Le 11e un peu d'urine passe par le vagin.

Ce petit trajet s'oblitère spontanément le 20e jour.

Guérison.

Obs. VIII. — Mme Off... A la suite d'une opération de Wertheim le 3 mai 1925, présente les symptômes d'une fistule vésico-vaginale. Le pansement est mouillé par l'urine trois jours après l'opération.

Le 9 décembre, opération par le professeur J.-L. Faure. Anesthésie au mélange de Schleich. On répère au stylet le siège de la fistule.

Dissection de la muqueuse vaginale et clivage relativement facile de la paroi vésicale.

Deux points au catgut sont posés sur la vessie.

La muqueuse vaginale est suturée à l'aide de crins de Florence fixés par des boutons et des plombs de Galli.

Pose d'une mèche vaginale et d'une sonde à demeure.

Suites opératoires favorables.

La malade sort de l'hôpital le 22 décembre complètement cicatrisée.

Obs. IX. — Mme Hug... Entrée le 5 janvier à l'hôpital Broca pour des symptômes de fistule vésico-vaginale, suite d'accouchement par le siège il y a cinq mois.

Opérée le 7 janvier 1920 par M. de Beaufond.

Anesthésie mélange de Schleich.

La malade présente une fistule très petite siégeant à la partie médiane et supérieure de la paroi antérieure du vagin.

On fait sur cette paroi une incision verticale de 4 centimètres environ et on dédouble. Une injection d'une solution de permanganate dans la vessie permet de voir l'orifice vésical de la fistule qui est punctiforme.

La vessie n'est pas suturée.

La paroi vaginale est suturée à l'aide de crins de Florence par la méthode des boutons et des plombs. Quatre points de suture.

Pose d'une sonde vésicale et d'une mèche vaginale.

Suites bonnes. Cicatrisations sans complication.

## CONCLUSIONS

1° Sur 9 observations de fistules vésico-vaginales opérées dans le service du professeur J.-L. Faure pendant cinq ans nous relatons 9 succès.

7 après une seule opération ;

1 après deux opérations ;

1 après trois opérations.

2° Le procédé des boutons suivant l'ancienne technique de Verneuil facilite la suture et l'ablation des fils ;

3° La voie vaginale doit être tentée avant de recourir aux procédés plus graves de suture après laparatomie.

---

Vu : le Président de la thèse
J.-L. FAURE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

## BIBLIOGRAPHIE


Duboué. — Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé auto-plastique et à lambeaux. *Mémoires Société de Chirurgie*, 1868, t. VI, p. 417-510.

Verneuil. — *Mémoires de Chirurgie*. Paris, 1877, t. I, p. 731.

— Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine. *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, 1859, p. 7-55-119.

Malgaigne. — Traité de Médecine opératoire, 1877, t. II, Le Fort Fistules vésico-vaginales.

Fenomenoff. — Le procédés de suture des fistules vésico-vaginales. Traduction *in Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1896, t. XLVI, p. 45-49.

Monod et Vanverts. — Traité de technique opératoire, 1902, t. II, p. 799. *Encyclopédie Urologie*. t. IV.

Viollet. — Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales. La voie transvésicale. *Thèse Paris*, 1924.

Maze. — De la méthode du dédoublement dans la cure des fistules vésico-vaginales. *Thèse Paris*, 1902.

*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 28 août 1909. Rapport de M. J.-L. Faure à propos de 6 cas de fistules vésico-vaginales opérées avec succès par Bégouin de Bordeaux.

Marion. — Technique chirurgicale. Paris 1921.

Douay. — Cours de perfectionnement de la clinique gynécologique de la Faculté de Paris, 1925.

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Cocural. — Des procédés de dédoublement dans les fistules vésico-vaginales. *Thèse Paris*, 1904.

J.-L. Faure. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.



MAYENNE; IMPRIMERIE FLOCH. — 2-1926.

# CONTRIBUTION

## A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

## DES PERFORATIONS DU COLON

## PAR ULCÈRE SIMPLE